

Revocación de la autorización para divulgar la información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés)

Información del afiliado (persona cuya información será divulgada):

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido Mes Día Año

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono, incluyendo código de área: _____

No. de plan grupal: _____ No. de ID del afiliado: _____

Yo **no autorizo más** a Humana para que use o divulgue la información de salud protegida que se describe a continuación:

Toda la información de salud protegida que mantenga Humana, incluidos los registros de salud mental, VIH o abuso de sustancias. Coloque una cruz en cualquier ítem cuya divulgación no autorice.

Información de salud protegida respecto del tratamiento de las siguientes afecciones o lesiones: _____
en o alrededor de _____

Información de salud protegida que cubre el periodo de tiempo _____ hasta _____

Otro. Especifique e incluya las fechas: _____

Esta información **no se puede más** divulgar a, ni la pueden utilizar las siguientes personas u organizaciones:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Comprendo que con este formulario, estoy revocando la autorización para los individuos que aparecen arriba. Comprendo que la revocación no será aplicable a información divulgada antes que Humana reciba este formulario de revocación.

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____

Firma del representante legal: _____ Fecha: _____

(solo si el afiliado no puede firmar)

Relación con el afiliado: _____

Tenga en cuenta que: Si usted es el representante legal del afiliado, debe adjuntar copias de su autorización para representar al afiliado de acuerdo con las leyes estatales (por ej., poder notarial para asuntos relacionados con la atención de la salud, suplencia en asuntos relacionados con la atención de la salud, testamento en vida o documentos de tutela).

Después de llenar y firmar el formulario, envíelo por fax al número 1-678-808-3712. **O**, si lo prefiere, envíe el formulario lleno en papel por correo a: Humana Specialty Benefits, 100 Mansell Court E, Suite 400, Roswell, GA 30076.

Humana[®]

Humana.com



¡Importante!

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión. La discriminación va en contra de la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal, a: Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación o, si utiliza un TTY, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través de su portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o al **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Residentes de California:** También puede llamar a la línea directa gratuita del California Department of Insurance (Departamento de Seguros de California): **1-800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. Llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación (TTY: 711)

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación (TTY: 711)

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on your ID card (**TTY: 711**)... ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número que figura en su tarjeta de identificación (**TTY: 711**)... 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電會員卡上的電話號碼 (**TTY: 711**)... CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị (**TTY: 711**)... 주의 : 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. ID 카드에 적혀 있는 번호로 전화해 주십시오 (**TTY: 711**)... PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tawagan ang numero na nasa iyong ID card (**TTY: 711**)... ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Наберите номер, указанный на вашей карточке-удостоверении (**телетайп: 711**)... ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele nimewo ki sou kat idantite manm ou (**TTY: 711**)... ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le numéro figurant sur votre carte de membre (**ATS: 711**)... UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Proszę zadzwonić pod numer podany na karcie identyfikacyjnej (**TTY: 711**)... ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para o número presente em seu cartão de identificação (**TTY: 711**)... ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero che appare sulla tessera identificativa (**TTY: 711**)... ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Wählen Sie die Nummer, die sich auf Ihrer Versicherungskarte befindet (**TTY: 711**)... 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。お手持ちのIDカードに記載されている電話番号までご連絡ください (**TTY: 711**)...

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با شماره تلفن روی کارت شناسایی تان تماس بگیرید (**TTY: 711**)...

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hólq, námboo ninaaltsoos yézhí, bee nées ho'dółzin bikáá'ígíí bee hólne' (**TTY: 711**)...

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم الهاتف الموجود على بطاقة الهوية الخاصة بك (**TTY: 711**).